published: 30 September 2022
doi.org/10.56121/2181-2926-2022-5-16-20

Article

CLINICAL MANIFESTATIONS OF GIAMBLIASIS IN CHILDREN

Ibatova Sh.M.[1], **Abdukadirova N.B.**[2], **Achilova F.A.**[3]

1. Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan.
2. Assistant, Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan.
3. Assistant, Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan.

OPEN ACCESS
IJSP

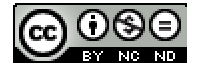
Annotation: In the patients examined by us, latent, subclinical and clinical forms of giardiasis were identified. In the latent form, the children did not complain. In the subclinical and clinical form, abdominal pain and dyspepsia syndrome were observed. 36 children with latent, 78 children with subclinical and 62 with clinical form of giardiasis were examined. Examination of children was carried out in the Samarkand multidisciplinary children's medical center. The age of the children ranged from 3 to 18 years. Diagnosis of giardiasis was based on complaints, anamnesis, clinical manifestations of giardiasis, as well as an extended coprogram. Among the various forms of giardiasis, its asymptomatic form occupied a special place. In the subclinical form of giardiasis, mild abdominal pain was most often observed (in 66 out of 78 - 84.6%), «intestinal» syndrome (in 52-66.7%) and less often «gastric» (in 25-32.1%) dyspepsia. Pain in the abdomen was mainly localized in the pyloroduodenal (35.8%), which is characteristic of duodenitis (49.5%). In children with the clinical form of giardiasis, pain was localized in the pyloroduodenal zone (in 42 out of 62 children - 67.7%). Clinical manifestations of giardiasis in children are characterized by diversity. Patients with clinical manifestations of giardiasis, along with a single anti-giardia drug therapy, diet therapy is recommended.

Key words: giardiasis, children, clinical manifestations, coprogram.

Academic Editor: Arzikulov A. Professor, Andijan State Medical Institute

Received: 14 September 2022
Accepted: 23 September 2022
Published: 30 September 2022

Publisher's Note: IJSP stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Введение. Лямблиоз до настоящего времени остается одной из самых распространенных глистных инвазий на земном шаре. По данным комитета экспертов ВОЗ во всем мире данная болезнь регистрируется у 500 млн. человек в год. Весьма актуальная проблема лямблиоза и для Узбекистана [1,4,8]. В тот момент, когда лямблии попадают в желудочно-кишечный тракт человека, они начинают размножаться в тонкой кишке, что приводит к раздражению ее слизистой оболочки. Когда же они оказываются в толстой кишке, то теряют подвижность и становятся цистами, выделяясь из организма с испражнениями.

Клинические проявления лямблиоза разнообразны, но часто превалируют поражения желудочно-кишечного тракта, что связано с локализацией паразитов в двенадцатиперстной и тощей кишке [2,5,10, 11]. Наряду с тяжелыми клиническими проявлениями лямблиоза описываются и латентные формы. Выделение лямблий без клинических проявлений часто используется в качестве аргумента для оценки данного состояния как здорового носительства простейших. Однако, по мере накопления данных о морфологических изменениях микроворсинок эпителиальных клеток кишки при глистной инвазии, а также иммунологических сдвигах в организме при лямблиозе, становится очевидной возможность патогенного их воздействия даже при бессимптомном носительстве [3,6]. Исследования, проведенные у лямблионосителей, выявляли как функциональные, так и морфологические изменения [5,7,9]. Так, при гистохимическом исследовании слизистой оболочки тонкой кишки у детей, выделяющих лямблии и не имеющих клинических проявлений, при эндоскопических и гистологических исследованиях биоптатов слизистой оболочки выявлялись очаговая или распространенная гиперемия, у 74% обследованных отёк слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что изучение клинических проявлений лямблиоза является актуальным и для нашего региона.

Цель работы. Изучить клинические проявления лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Было обследовано 36 детей с латентной, 78 детей с субклинической и 62 с клинической формой лямблиоза. Обследование детей проводилось в Самаркандском многопрофильном детском медицинском центре. Возраст детей составил от 3 до 18 лет. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлениях лямблиоза, а также на расширенной копрограмме и определение простейших в кале проводилось методом формалин-эфирного обогащения. Кроме того, был использован метод ориентировочного подсчёта интенсивности выделения лямблий. Методика исследования кала проводилась традиционным методом.

Результаты и обсуждение. На основании проведенных исследований мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиоза особое место занимала ее бессимптомная форма. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной формой. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не было выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих детей цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6 %), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Такая симптоматика, в общем, типична для лямблиоза и объясняется тем, что приводит к развитию дуоденита и энтерита. Об этом свидетельствуют и особенности локализации болей в животе при пальпации (табл. 1).

Таблица-1

Punctum maximum боли в животе при субклинической форме лямблиоза

Punctum maximum боли	**Число детей**
Подложечкой	6 (7,6%)
В пилородуоденальной области	28 (35,8%)
Околопупочная область	7 (8,9%)
Подложечкой + пилородуоденальная области	19 (24,3%)
Подложечкой +правое подреберье	2 (2,5%)
Подложечкой+область угла Трейтца	2 (2,5%)
Подложечкой+по ходу толстого кишечника	1 (1,2%)
Подложечкой+левая повздошная области	1 (1,2%)

Как видно из табл. 1 при субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилородуоденальной (35,8%) и подложечкой + пилородуоденальной зонах (24,3%), что свойственно дуодениту (49,5%). Реже боли отмечались около пупка (8,9%) и у 6 детей в подложечкой области. У наблюдаемых нами детей боли были поздними, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, были тянущие и тупые. Лишь у 3 детей из 78 (3,8%) отмечался Мойнигановский ритм болей (боль-еда-облегчение).

Наряду с нерезко, выраженным болевым синдромом у наблю-

давшихся нами детей с субклинической формой были диспептические явления. У 11 из 78 детей наиболее часто отмечалась тошнота (14,1%), которая свойственна повышению давления в двенадцатиперстной кишке с одновременным снижением градиента давления между желудком и двенадцатиперстной кишкой. У 8 больных отрыжка (10,2%), в генезе которой определенное значение придается повышению давления в полости желудка вследствие усиления его тонуса или спазма привратника. И лишь у 2-х больных отмечалась рвота и изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии у детей в 2 раза чаще наблюдались симптомы «кишечной» диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 из 78 больных – 48,7%) наблюдался неустойчивый стул. У этих детей чаще также отмечался жидкий стул, кал был гомогенным светло-жёлтой окраски без патологических примесей. Только 6 (7,6%) больных страдали метеоризмом, у них отмечались запоры, а у 2 больных (2,5%) определялось урчание в животе. У 3 больных (3,8%) нижний край печени выступал по передней аксиллярной и среднеключичной линии на 4 см и при пальпации был слегка болезненный. Эти дети перенесли год назад вирусный гепатит. Физическое развитие детей с субклинической формой лямблиоза оценивали методом центильных таблиц. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще была средней (у 64 из 78- 82%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Бледность кожи отмечена лишь у одного ребенка (1,2%). Костная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система у больных с субклинической формой лямблиоза не были изменены. Двое детей жаловались на головные боли и четверо на раздражительность. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2 и в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения.

Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных этой группы наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Кроме того, у некоторых больных была относительно низкая масса тела и отставание в росте, что свидетельствовало в пользу нарушения всасывания пищевых веществ. Интерес представляла максимальная локализация боли при пальпации живота (табл.2)

Таблица-2

Punctum maximum боли в животе при клинической форме лямблиоза

Punctum maximum боли	**Число детей**
Подложечкой	8 (12,9%)
В пилородуоденальной области	30 (48,3%)
Околопупочная область	9 (14,5%)
Подложечкой + пилородуоденальная области	12 (19,3%)
Подложечкой +правое подреберье	2 (3,2%)
Подложечкой+область угла Трейтца	- (0%)
Подложечкой+по ходу толстого кишечника	1 (1,6%)
Подложечкой+левая повздошная области	- (0%)

Как видно из табл. 2, наиболее часто максимум боли при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза локализовались в пилородуоденальной и подложечкой + пилородуоденальная области (у 42 из 62 детей – 67,7%), что также свойственно поражению двенадцатиперстной кишки. У больных с клинической формой лямблиоза были поздние боли, появляющиеся натощак или через 1-2 часа после еды. Хотя боли были тупыми, они были более продолжительными, чем при субклинической форме [7]. Мойнигановский же ритм болей отмечался лишь у 5 из 62 (8%) больных. Значительно чаще, чем при субклинической форме наблюдались проявления «желудочной» диспепсии. Так, тошнота была у 18 из 62 (29%) детей, отрыжка у 11 (17,7%), изжога у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита. Энтеральный синдром был более выраженным. Так, у 55 из 62 (88,7%) детей стул был неустойчивый. У 6 (9,6%) метеоризм и у 3 (4,8%) урчание в животе. При копрологическом исследовании в испражнениях обнаруживались лейкоциты, эпителиальные клетки, кристаллы жирных кислот. У 17 из 62 (27,4%) стул жидкий, с наличием мышечных волокон, соединительной ткани, растительной клетчатки (дуоденальный синдром) [8]. У 28 из 62 (12,9%) больных испражнения жидкие, обильные желто-серого цвета, мазевидные. При исследовании определялись нейтральные жиры, крахмальные зерна, мышечные волокна, что характерно для панкреатической недостаточности. Лишь у 2 из 62 (3,2%) в кале была слизь. У 13 из 62 (20,9%) детей с клинической формой лямблиоза нами выявлено увеличение печени. Из анамнеза известно, что эти дети перенесли ранее вирусный гепатит. Средней масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже средней у 17 (27,4%), а у 7 низкой (11,2%). Естественно, что при клинической форме лямблиоза чаще (у 24 из 62 -38,7%) отмечалось дисгармоничное развитие (разность коридоров 2 интервала). Бледность кожи отмечено у 41 из 62 (66,1%), а у 2 больных (3,2%) на туловище, груди, животе отмечалась крупнопятнистая сыпь аллергического характера (типа крапивницы). Со стороны костной системы и органов дыхания у исследуемых нами больных патологии не выявлено. У 3 из 62 (4,8%) детей прослушивался нежный систолический шум на верхушке сердца функционального характера. Границы относительной тупости в пределах возрастной нормы. Кроме того, больные часто жаловались на слабость (11 из 62 – 17,7%), раздражительность (18 детей – 29%), реже нарушения сна и головную боль. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8, в среднем составляя 2,5 цист в поле зрения.

Выводы. Таким образом, клинические проявления лямблиоза у детей характеризуются многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжелых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, т.к. наряду с единой противолямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н Лямблиоз у детей. С-Пб. -2012. 40 с.

2. Зрячкин И.И., Цена Ю.С., Гроздова Т.Ю. Лямблиоз у детей. Саратов, ГМУ.- 2012. 24 с.

3. Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х., Гаффарова М.Т., Джало-

лова Ш.А. Комплексная терапия лямблиоза у детей. //Журнал Новый день в медицине. - №6 (44). - 2022. - С.128-132.

4. Ш.М. Ибатова, Д. С. Исламова, Ф. Х. Маматкулова. Особенности клинических проявлений лямблиоза у детей. //Научно-практический журнал "Доктор ахборотномаси". - № 1 (102). - 2022, -С.36-39.

5. Рамазанова А.Б., Ибатова Ш.М., Абдукадирова Н.Б. Варианты клинических проявлений лямблиоза у детей. //Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины». Самарканд, -2021, -№1.1 (126), -С.342-344.

6. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека.//СПб.- 2018.- С. 124-131.

7. Sh.M Ibatova, F. Kh. Mamatkulova, D. Kh. Mamatkulova, N.E Ruzikulov,

F.P. Abdurasulov. Study of the Clinical Features of Giambliasis in Children. // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022, 12(7): 711-714.

8. Ibatova Sh.M., Islamova D.S. Complex therapy of giambliasis in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal. Volume 3, Issue 5, May, -2022. - № 5 (2022) -P. 839-843.

9. Ibatova Sh.M., Mukhamadiev N.Q., Abdurasulov F.P. Clinical manifestations of giambliasis in children. // Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences. Volume: 03 Issue: 02. Mar-Apr. - 2022. -P. 306-308.

10. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh. Mamatkulova D.Kh. Giardiasis in Children. International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies. Volume 02 Issue 03 March 2022 P.251-253.

11. Azizoğlu, M. "A New Journey Into Medical Science". 2022. Journal of Clinical Trials and Experimental Investigations, vol. 1, no. 1, July 2022, https://jctei.com/index.php/jctei/article/view/7.